UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 85

L'ADÉNOME DES GLANDES DE MEIBOMIUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1907

PAR

Paul-Georges Léon PRADIGNAT

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 9 avril 1878.

Examinateurs de la Thèse	MM. BADAL,	professeur...	*Président.*
	DUBREUILH,	prof^r adjoint	*Juges.*
	LAGRANGE,	agrégé.....	
	CABANNES,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE Y. CADORET

17, Rue Poquelin-Molière, 17

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 85

L'ADÉNOME DES GLANDES DE MEIBOMIUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1907

PAR

Paul-Georges Léon PRADIGNAT

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 9 avril 1878.

Examinateurs de la Thèse	MM. BADAL,	professeur...	*Président.*
	DUBREUILH,	profr adjoint	*Juges.*
	LAGRANGE,	agrégé.....	*Juges.*
	CABANNES,	agrégé.....	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE Y. CADORET

17, Rue Poquelin-Molière, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen. | M. DE NABIAS. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. MICÉ.....
DUPUY.....
FIGUIER.....
MASSE.....
} Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT. PITRES.	Physique biologique et électricité médicale...	BERGONIÉ.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.	Chimie.....	BLAREZ.
Pathologie et thérapeutique générales....	VERGELY (en congé) MONGOUR (chargé)	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY
Médecine opératoire..	N.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchements....	LEFOUR.	Médecine expérimentale.	FERRE.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique ophtalmologique	BADAL.
Anatomie.....	CANNIEU.	Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Physiologie.....	JOLYET.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Hygiène.....	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Médecine légale.....	LANDE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
		Pathologie exotique....	LE DANTEC

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires ..... POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... MOURE.
Clinique des maladies mentales ..... RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale).*

MM. HOBBS. MONGOUR. CABANNES. | MM. VERGER. ABADIE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT. | Accouchements { MM. FIEUX. ANDERODIAS.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTÈS. CAVALIÉ. | Physiologie..... MM. GAUTRELET. Histoire naturelle . BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie ..... M. BENECH. | Pharmacie..... BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne ..... RONDOT.
Accouchements..... ANDÉRODIAS.
Physiologie ..... GAUTRELET.
Ophtalmologie..... LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie..... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

C'est un bien faible témoignage de reconnaissance filiale que je vous offre ici, surtout lorsque je considère combien, pour moi, fut grande votre bonté et inlassable votre indulgence.

A ma Tante,

MADEMOISELLE A. MEUNIER

Qui fut pour moi comme une seconde mère.

A MES AMIS

honneur de présider notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de notre très respectueuse reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier d'une façon toute spéciale notre ami M. le Dr Ch. Lafon, chef de clinique ophtalmologique, qui a bien voulu, avec son amabilité habituelle, nous donner de précieux conseils dans l'élaboration de notre thèse inaugurale.

L'ADÉNOME DES GLANDES DE MEIBOMIUS

INTRODUCTION

Dans le courant de l'an dernier, nous avons eu la bonne fortune d'étudier un cas d'adénome des glandes de Meibomius qui fut opéré et publié par MM. Cabannes et Ch. Lafon. Si l'on en juge d'après le petit nombre d'observations que l'on trouve dans la littérature médicale, cette tumeur serait exceptionnelle. « Mais cette extrême rareté est peut-être plus apparente que réelle : ainsi que nous le verrons plus loin, ces tumeurs présentent à leur début une grande ressemblance avec le chalazion et il est probable que bon nombre de petits adénomes ont été extirpés avec le diagnostic de chalazion sans qu'aucun examen histologique ne soit venu rectifier cette erreur ». Ces tumeurs étaient des plus mal connues jusqu'à la monographie que leur ont consacrée MM. Cabannes et Ch. Lafon. C'est sur le conseil de ces auteurs que nous avons pris l'étude des adénomes meibomiens pour sujet de notre thèse inaugurale.

Nous ne croyons pas avoir besoin de définir ici les adénomes des glandes de Meibomius : leur nom est suffisamment explicite pour nous dispenser de poser les limites de notre sujet.

Après avoir fait l'historique de ces tumeurs, nous reproduirons les observations qui ont été publiées. Nous avons traduit

et reproduit *in-extenso* celles de Bock, Rumschewitsch, Knapp, Mills, Salzmann, Pause ; il nous a été impossible de nous procurer le texte original des observations de Baldauf, Wadsworth. Nous avons dû nous contenter de reproduire les analyses que l'on trouve dans la littérature.

Après avoir dit quelques mots sur l'étiologie de ces tumeurs, nous en étudierons la symptomatologie, puis viendront l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

HISTORIQUE

La première observation d'adénome des glandes de Meibomius a été publiée par Baldauf, en 1870, dans sa thèse inaugurale, cet auteur a nettement établi la nature adénomateuse bénigne de la tumeur qu'il a observée et il l'a fort bien différencié des néoplasmes malins qui se développent au niveau des paupières.

Ce n'est que dix-huit ans plus tard que Bock publia le second cas connu. Il rappelle l'observation de Baldauf, mais dans les commentaires qui suivent l'histoire de son malade, l'auteur a rapidement étudié les adénomes sébacés en général, et il confond, dans une même description, les adénomes des glandes de de Meibomius avec ceux qui se développent aux dépens des glandes sébacées de la peau des paupières.

A partir de Bock, les observations deviennent moins rares; deux ans après, Rumschewitsch publie le troisième cas dans un travail intitulé : *Sur l'oncologie des paupières;* ce travail est une longue énumération de tumeurs palpébrales rares les plus diverses.

Le quatrième cas appartient à Salzmann, en le rapprochant des faits antérieurement publiés de Baldauf et de Bock, cet auteur a essayé de fixer les caractères cliniques et anatomiques de la tumeur, mais son esquisse est rapide et il étudie en même temps les adénomes des glandes de Moll et ceux des glandes de Krause.

Nous trouvons ensuite une observation de Wadsworth; puis Knapp communique à l'Académie de médecine de New-York deux nouveaux cas : l'un lui est personnel et l'autre appartient à Mills. Plus récemment, Pause a publié un nouveau cas; dans

les commentaires qui suivent son observation, il résume les faits de Baldauf, de Bock et de Salzmann et il se contente de constater leur analogie avec la tumeur qu'il a observée.

Enfin, l'observation de MM. Cabannes et Ch. Lafon est la neuvième qui ait été publiée; mais c'est le premier cas qui ait été observé dans la littérature française et l'on peut dire que, jusqu'à leur monographie, aucun travail d'ensemble n'avait été fait sur ce type de tumeur.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré nous ont prouvé que les adénomes de Meibomius étaient très peu connus, en France tout au moins. Panas, le premier, dans son *Traité*, cite la possibilité des adénomes meibomiens et se contente de mentionner les noms de Baldauf, Bock et Rumschewitsch. Dans son *Traité des tumeurs,* Lagrange ne cite que l'observation de Salzmann qu'il résume en quelques lignes. Dans le tome V de l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie,* il mentionne en outre les observations de Knapp. Nous n'avons trouvé les adénomes meibomiens signalés nulle autre part dans les ouvrages didactiques français. Les traités étrangers les ignorent presque aussi complètement que les nôtres; signalons cependant la courte étude anatomique que Ginsberg leur a consacrée, d'après deux ou trois observations, dans son excellent *Manuel d'histologie pathologique de l'œil.*

OBSERVATIONS

Avant d'étudier l'histoire anatomique et clinique des adénomes des glandes de Meibomius, nous croyons devoir reproduire les observations que nous avons recueillies. A part le cas de Baldauf, dont il nous a été impossible de trouver le texte original et que nous avons reconstitué d'après de rapides analyses, nous avons traduit et reproduit *in extenso* tous les autres faits publiés. Pour les cas de Mills et de Knapp, présentés à la section d'ophtalmologie de l'Académie de médecine de New-York, nous avons traduit le compte rendu officiel de la séance, publié dans les *Archivs of ophtalmology*. Nous nous permettrons de faire remarquer que c'est la première fois que ces observations de langues anglaise et allemande ont été traduites et publiées dans la littérature médicale française.

Observation I (résumée).

Baldauf, *Inaug. dissert.*, Munich, 1870.

Il s'agit d'une femme de 59 ans qui présentait une tumeur ayant envahi les deux tiers du tarse de la paupière inférieure droite.

La tumeur avait débuté quatre ans auparavant par un petit nodule.

Après avoir été extirpée, elle avait la forme d'une rondelle transversalement elliptique; son grand diamètre mesurait 3 cent. 8 et son petit diamètre 2 cent. 4; elle avait une épaisseur qui variait de 0 cent. 3 à 0 cent. 9.

L'examen anatomo-pathologique montra que la tumeur était constituée par des lobes de cellules glandulaires meibonniennes; ces cel-

lules paraissent s'accroître à la périphérie des lobules, tandis qu'au centre il existe des phénomènes régressifs.

L'auteur insiste sur le caractère adénomateux et bénin de la tumeur qu'il a observée.

Observation II

Bock, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1888.

H. M..., âgée de 62 ans, habitant les environs de Treffen, fut admise le 7 octobre à l'hôpital pour son affection oculaire. Elle prétendait ne plus pouvoir ouvrir l'œil gauche depuis quelques semaines, mais elle avait remarqué depuis des années déjà que sa paupière supérieure gauche augmentait de volume.

La malade, qui est de constitution délicate, est dans un mauvais état de nutrition. Par comparaison avec l'œil droit normal, on constate à gauche les lésions suivantes : la fente palpébrale est complètement fermée ; la paupière supérieure, immobile, est rendue très proéminente par une tumeur grosse comme une noix ; la peau est normale, lâche et facilement mobilisable. Si l'on soulève légèrement la paupière, on voit une tumeur rouge pâle qui remonte en arrière dans l'orbite et semble refouler le bulbe quelque peu injecté. Une légère pression suffit pour ectropionér la paupière supérieure. Le tiers externe de cette paupière présente une conjonctive très rouge, hypertrophiée et veloutée ; à part cela, il est normal. Au contraire, les deux tiers internes sont complètement compris dans la tumeur ; seuls le bord palpébral et la partie immédiatement contiguë de la conjonctive sont intacts. Le néoplasme a la forme d'un cœur dont la base serait attenante à la paupière, tandis que la pointe, libre et émoussée, serait dirigée en bas et en dedans. La base a une largeur de 2 centimètres, le néoplasme a une longueur d'environ 3 centimètres et une épaisseur de 2 centimètres. La surface de la tumeur est de couleur rouge et rose pâle, tachetée ; elle est lisse et inégalement bosselée ; elle a une consistance molle, pâteuse. Les bosselures sont limitées par des sillons en général peu profonds ; le principal est situé à mi-chemin entre la base et la pointe et donne à la tumeur tout à fait l'aspect de la région inter-auriculo-ventriculaire du cœur.

Il faut remarquer que la partie supérieure est un peu plus rouge et rendue rugueuse par de petites granulations. Dans les parties proéminentes de la tumeur, on voit de petites portions dont la grandeur atteint parfois celle d'une lentille, qui ont une couleur gris jaune sale. Quant on mobilise la tumeur, la paupière suit les mouvements et il se produit une légère hémorragie.

En pressant sur le sac lacrymal, on fait sortir du pus en abondance ; à part une légère injection, le bulbe est normal, mais il est refoulé en arrière assez fortement. Il n'y a pas de tuméfaction ganglionnaire.

L'aspect de la tumeur, sa mollesse et la présence des masses jaunâtres sous la surface permettaient naturellement de reconnaître qu'il s'agissait d'une tumeur développée par rétention des sécrétions glandulaires ; aussi je pensai qu'il s'agissait peut-être d'une tumeur de granulation qui serait survenue à la suite d'un chalazion perforé spontanément.

Mais de légères incisions exploratrices qui saignèrent abondamment montrèrent qu'il n'y avait ni pus, ni matière sébacée pouvant se vider par pression énergique ; la formation tout entière était constituée par un tissu friable et uniformément développé.

L'extirpation radicale de la tumeur fut pratiquée sous chloroforme le 9 octobre. Après avoir incisé les tissus sains à 2 ou 3 millimètres de la tumeur, j'enlevai le tarse en entier ; ses deux tiers internes, qui étaient compris dans la tumeur, se laissaient facilement extirper, et l'on voyait alors au-dessous les fibres arciformes de l'orbiculaire. Je fus obligé de tordre ou de lier un grand nombre d'artères d'où le sang jaillissait. Après l'extirpation de la tumeur, il me fut possible d'examiner minutieusement le globe oculaire ; je constatai dans la partie inféro-externe de la cornée une perte de substance superficielle grande comme une lentille environ ; la présence d'une blennorrhée du sac lacrymal me commandait de redoubler d'attention pour cette ulcération ; j'incisai le canalicule lacrymal et j'introduisis une sonde qui vint buter sur un rétrécissement très serré qui existait à la limite du sac et du canal nasal. Après avoir instillé de l'atropine et énergiquement saupoudré le bulbe d'iodoforme, j'appliquai un pansement à la gaze iodoformée ; le deuxième jour, une sécrétion

purulente abondante me força à renouveler le pansement; à cette occasion, je vis que la fente palpébrale était complètement fermée.

Le 22 octobre, la perte de substance de la paupière était tout à fait guérie ; il existait cependant encore un faible ptosis. La sécrétion du sac lacrymal était encore très abondante, mais l'ulcère cornéen n'avait pas fait de progrès et était détergé, il n'y avait qu'une minime irritation conjonctivale.

Aussi le 24 octobre, je supprimai le pansement et je ne continuai que les sondages et l'iodoforme; le 10 novembre, le ptosis avait disparu ; à la place de l'ulcère cornéen il y avait un néphelion.

L'examen microscopique donna les résultats suivants : La masse molle, qui apparaissait jaunâtre à travers la surface, consistait en un épithélium devenu graisseux mélangé en un grand nombre de gouttelettes graisseuses avec quelques granulations calcaires.

Les coupes pratiquées sous la tumeur montraient une structure lobulée; ces lobules étaient séparés les uns des autres par du tissu conjonctif assez abondant ; ce tissu conjonctif envoie en outre de fines travées dans l'intérieur des grands acini, si bien que ces derniers sont subdivisés.

Les lobules sont en général arrondis et il est rare qu'ils soient allongés; leur volume varie de celui de l'acinus meibomien normal jusqu'à dix à douze fois l'étendue de celui-ci. Ils forment en général une masse compacte et un petit nombre seulement ont une lumière centrale. Cette lumière, parfois ronde, parfois allongée, est remplie par des débris cellulaires et par de la graisse. Le parenchyme de la tumeur est constitué de cellules que l'on doit qualifier d'épithéliales. Leur forme est variable : près de la périphérie de l'acinus, elles ont les caractères des cellules cylindriques; à mesure que l'on s'avance vers le centre de l'acinus, elles deviennent plus basses et sont polygonales par pression réciproque. A l'exception des cellules centrales elles ont toutes un noyau bien distinct avec nucléoles. Les cellules centrales en sont dépourvues à cause de leur dégénérescence graisseuse plus avancée, tandis qu'à la périphérie, le protoplasma cellulaire ne présente qu'un trouble graisseux à peine perceptible, les cellules centrales sont remplies de corpuscules graisseux si denses, que tous leurs autres détails disparaissent. Avec un fort grossisse-

ment, on constate que le tissu conjonctif envoie de délicates travées à l'intérieur des lobules glandulaires; autour des acini se différencie très clairement une membrane propre.

Les coupes pratiquées à la base de la tumeur montrent ses connexions avec la paupière; le tarse est compris dans son épaisseur; il est fortement épaissi et parcouru par de nombreux vaisseaux dont l'adventice est infiltré. Par le violet dahlia le tissu du tarse présente une coloration rose rouge frappante. Dans ses parties périphériques, le tissu conjonctif est infiltré. A la limite de la tumeur et du tarse, on voit un tissu conjonctif lâche, infiltré de cellules rondes, parcouru par de nombreux vaisseaux qui sont bourrés de globules sanguins et qui ont la structure des capillaires. C'est du tissu conjonctif tarsien que partent les faisceaux qui divisent la tumeur en lobules. Les glandes de Meibomius sont considérablement agrandies et remplies de sébum. Mentionnons encore, dans le tissu conjonctif qui sépare le tarse de la surface cutanée, les faisceaux musculaires normaux coupés transversalement et des cellules graisseuses; ces cellulles sont parfois réunies en petits lobules.

La tumeur tout entière est entamée par une capsule formée de tissu conjonctif.

Observation III

Rumschewitsch, *Klin. Monatsblät. fur Augenheilk.*, 1890.

Le malade est un homme de 24 ans, nommé S. Z... Le globe oculaire et la conjonctive sont tout à fait normaux, ainsi que les deux paupières gauches et la paupière inférieure droite. Sur la paupière supérieure droite, à 4 millimètres au-dessus du bord libre, on remarque une tumeur de la grosseur d'un pois. Celle-ci est entiérement molle et adhère au tarse, tandis que la peau qui la recouvre a conservé sa mobilité. Après avoir retourné la paupière, je ne pus voir sur la conjonctive aucun endroit pâle; à cause de cela je me décidai à extirper la tumeur par la voie cutanée. A l'examen microscopique, je constatai que la partie interne de la tumeur se composait du tissu tarsal habituel de la paupière, contenant des acini des glandes de Meibomius. En avant, le tissu conjonctif formait des mailles et dans

leurs épaisseurs on trouvait fréquemment des faisceaux tout à fait normaux de fibres musculaires coupées transversalement ; entre les fibres conjonctives, on voyait des cellules plates. Les mailles délimitaient des champs de grandeur et de forme variables. Les plus grands avaient une forme arrondie et ils étaient beaucoup plus petits que les acini des glandes de Meibomius. Les autres avaient une forme allongée ou même cylindrique. Tous ces champs étaient exclusivement remplis de cellules épithéliales. Quelques-uns des champs arrondis ne se distinguaient des acini des glandes de Meibomius que par ce fait qu'à leur périphérie on ne trouvait pas une ou deux assises, mais bien plusieurs assises de cellules cylindriques, cubiques ou rondes; par contre dans leur centre on trouvait en général de très nombreuses cellules transformées en graisse. Ces champs-là se rencontraient principalement sur les bords de la tumeur ; par contre dans son milieu les champs arrondis paraissaient déjà beaucoup plus petits et dans leur centre on ne trouvait aucune cellule dégénérée en graisse, mais bien des cellules rondes à la place de celles-ci. Les champs allongés avaient à peu près la même structure ; par contre les cylindriques se composaient presque exclusivement de cellules rondes, sans qu'il y ait de lumière entre elles.

Dans les parties les plus épaisses de la tumeur, je trouvai un conduit excréteur très aplati, qui contenait un canal très étroit. Les parois étaient en rapport immédiat, aussi bien avec les champs arrondis (qui ne se distinguaient des acini des glandes de Meibomius que parce que les cellules graisseuses n'existaient qu'au centre, ou même manquaient tout à fait), qu'avec les champs cylindriques, dont la structure, ainsi que je l'ai mentionné, se distinguait beaucoup de celle des acini des glandes de Meibomius. En outre on pouvait voir en beaucoup d'endroits, sur les parois du canal, des bourgeons arrondis, massifs qui se composaient de cellules rondes.

Observation IV

Salzmann, *Archiv f. Augenheilk,* 1891.

Antoinie P..., âgée de 80 ans, journalière, entre à la clinique le 5 janvier 1887. Elle dit qu'il y a un an elle remarqua au niveau de

sa paupière supérieure gauche un nodule gros comme une tête d'épingle, cette petite tumeur se développa très rapidement sans occasionner aucune gêne.

A son entrée, la malade est cachectique, ses téguments sont dépourvus de tissu graisseux et peu élastiques; la paupière supérieure gauche est occupée dans sa plus grande partie par une tumeur qui a environ la grosseur d'une noix et qui pend au devant de la paupière inférieure; la plus grande partie de la fente palpébrale est ainsi masquée et sa partie externe est seule libre; c'est par là qu'on voit le bulbe qui est normal. En certains endroits la tumeur a une consistance presque cartilagineuse, en d'autres elle est plus molle; par places sa surface est unie, ailleurs, elle présente de grosses bosselures; sa couleur est jaunâtre; la peau qui la recouvre n'est pas mobile, le bord palpébral, dans ses deux tiers internes, est compris dans la tumeur, il est épaissi et privé de cils. Les glanglions lymphatiques correspondants ne sont pas engorgés.

La tumeur fut extipée le 7 janvier et la perte de substance fut comblée par un lambeau quadrangulaire découpé dans la peau de la tempe; la guérison de la plaie opératoire évolua normalement, malgré l'apparition d'un petit ulcère de la cornée et la malade partit guérie le 7 février.

Je n'ai pu avoir de renseignements sur les suites.

La tumeur extirpée fut durcie dans le liquide de Müller. Voici quels étaient ses rapports : elle occupait largement les deux tiers internes de la paupière et ne laissait libre qu'un mince morceau de la paupière normale vers l'angle externe. Du côté interne, elle dépassait même quelque peu les limites du tarse, car elle englobait le point lacrymal. En haut, elle s'étendait le long du fornix jusqu'au bord orbitaire ; les parties envahies du rebord palpébral étaient considérablement épaissies, arrondies et avaient perdu leurs cils, dont les follicules étaient encore visibles par endroits, sous forme de petits points; ce n'est que vers la partie externe que les cils réapparaissent; d'abord rares et éloignés, ils reprennent peu à peu leur nombre et leur position normale. Au niveau de son plus fort développement, le tumeur a trois centimètres et demi de hauteur et deux d'épaisseur environ. Toute sa face profonde est revêtue par la conjonctive;

cependant, au milieu, il y a une perte de substance de l'épithéliome, avec une excavation irrégulière.

On pratiqua des coupes dans le milieu de la tumeur, et d'autres dans sa partie externe, là où le bord palpébral était encore partiellement conservé. Je vais d'abord décrire ces dernières, car elles permettent de comprendre beaucoup mieux que les premières la structure de la tumeur.

La peau qui recouvre la tumeur est assez tendue, mais elle ne présente pas d'altération anatomique plus grave. Le tissu sous-cutané paraît épaissi et transformé en une couche assez rigide composée de fibres parallèles ; elle renferme çà et là des glandes sudoripares normales et des bulbes pileux, mais en petit nombre et toujours coupés obliquement. Ce tissu est limité d'une façon confuse par la capsule de la tumeur qui est directement située au-dessous de lui. Des veines relativement larges et gorgées de sang marquent la limite des deux parties.

La tension que la peau éprouve du fait de la tumeur sous-jacente se continue d'une façon nettement reconnaissable au niveau du bord palpébral; la portion antérieure qui porte les cils est tordue en avant et aplatie, si bien que la surface intermaginale se trouve presque sur la même ligne que la peau, et l'arête postérieure est beaucoup plus aiguë que normalement. Les intervalles de certains bulbes ciliaires sont quelque peu agrandis : cependant toutes les parties de cette région ont conservé leurs rapports normaux jusqu'en haut de l'arc du tarse.

Au-dessous de la tumeur, on constate un épaississement notable de la conjonctive, avec agrandissement des papilles; la muqueuse est fortement vascularisée et est infiltrée par de nombreuses cellules rondes. Au contraire, sous les parties normales du tarse, elle n'est infiltrée qu'à un très faible degré.

C'est naturellement le tarse qui présente les principales lésions anatomiques. Il est considérablement épaissi dans sa partie supérieure.

Les glandes de Meibomius ne sont normales que dans les parties les plus inférieures du tarse.

La zone située immédiatement au-dessus jusqu'aux premières

manifestations de la tumeur, n'est normale que dans la partie conjonctivale ; la moitié antérieure au contraire, qui est déjà recouverte en avant par la tumeur, paraît usée, amincie et comprimée par les acini des glandes de Meibomius qui y sont renfermées.

Dans la partie la plus élevée et épaissie du tarse, les acini normaux sont complets, remplacés par des lobules néoplasiques ; dans les parties latérales, ceux-ci sont encore entourés par du tissu tarsal normal; mais vers le milieu, ils se continuent directement avec la tumeur.

Celle-ci remplit l'espace compris entre la peau et le tarse ; elle s'est substituée aux faisceaux musculaires et au tissu intermusculaire. On ne trouve plus que quelques fibres isolées de l'orbiculaire au niveau du bord inférieur de la tumeur.

La tumeur elle-même est formée par un agrégat de lobules irrégulièrement formés, plus ou moins ramifiés, anastomosés les uns aux autres ; ils sont séparés par des travées de tissu cellulaire ramifiées de la même façon et enfermées par une capsule de tissu conjonctif.

Les lobules sont de différentes grandeurs et ils dépassent de dix à douze fois les dimensions des acini meibomiens normaux. Ils se composent de cellules arrondies ou allongées, le plus souvent polygonales par pression réciproque, sans substance intermédiaire ni tissu de soutien et sans vaisseaux. Par les rapports du noyau dans le corps cellulaire et par la façon dont elles se colorent, ces cellules correspondent aux cellules périphériques des acini des glandes de Meibomius ; elles reproduisent ce type dans toutes ses formes et ses dispositions irrégulières. Ainsi les noyaux se présentent sous des formes extrêmement irrégulières ; en certains endroits on en trouve de très gros, qui paraissent gonflés ; ailleurs on voit des cellules polynucléées. Certaines cellules présentent dans leur protoplasma des vacuoles, que l'on peut avec vraisemblance considérer comme dues aux manipulations, car elles contenaient de la graisse ; en outre, le protoplasma est légèrement granuleux.

Les parties centrales des plus gros lobules présentent des phénomènes de régression. Les noyaux perdent leurs facultés de coloration et le protoplasma devient granuleux ; les contours des cellules s'effacent et enfin le tout se confond en une masse uniformément granu-

leuse, parfois crevassée et granuleuse, dans laquelle çà et là un fragment de noyau est encore visible.

Le passage des cellules décrites en premier lieu à ces cellules dégénérées et manifestement graisseuses s'effectue en règle générale d'une façon graduelle ; parfois cependant ce passage se fait assez brusquement, surtout dans les parties les plus vieilles de la tumeur; dans ce cas alors, les cellules non dégénérées s'aplatissent vers la cavité et s'arrêtent suivant une limite tranchée qui les sépare des masses cellulaires transformées en débris graisseux au centre des lobules; aussi peut-on dire que dans ce cas il existe presque une lumière centrale.

Des territoires isolés de la tumeur présentent encore une autre dégérérescence complètement indépendante de celle qui vient d'être mentionnée; elle atteint des groupes de lobules, y compris leurs septa; elle n'est pas localisée comme la première à la partie centrale de certains lobules, mais cependant elle peut se combiner avec celle-ci. Les parties de la tumeur qui en sont atteintes présentent avant tout une perte complète de la faculté de coloration des noyaux des cellules épithélioïdes; cette perte s'étend aussi en partie aux noyaux du tissu conjonctif; au contraire, les contours cellulaires se détachent encore avec beaucoup de netteté, à fort grossissement. Toutes ces parties paraissent colorées d'une façon plus diffuse et l'on y trouve des hémorrhagies à l'intérieur des lobules; mais ces hémorrhagies ne sont macroscopiquement visibles en aucun point de la tumeur.

Les septa sont constitués par des fibres de tissu conjonctif parallèles et rigides, avec des noyaux allongés ou arrondis, arrangés par groupes, à la périphérie, au moins du côté cutané, la tumeur est enfermée par une capsule, qui rejette la structure des septa, avec lesquels elle est en continuité intime; elle est faiblement, et par endroits seulement séparée du tissu sous-cutané condensé et comprimé par une accumulation plus considérable de cellules rondes. Les septa ne renferment que fort peu de vaisseaux; en un seul endroit on voit une grosse artère, dont la tunique interne porte une épaisse couche de tissu néoformé ; cette couche rapelle par sa structure le tissu élastique des parois vasculaires et rétrécit la lumière, qui n'est plus qu'une étroite fente en forme de fissure.

Entre les lobules et les travées, on trouve partout les cavités plus ou moins larges et développées assez uniformément ; elles sont vides, le plus souvent ; mais parfois elles sont remplies par des cellules anguleuses isolées ou par des masses amorphes floconneuses ou filamenteuses. Ces cellules ont un aspect tout autre que celles des lobules, leurs noyaux sont beaucoup plus petits, se colorent mal, et le corps cellulaire est beaucoup plus grand, par rapport au noyau. Dans les points où la coupe a rencontré perpendiculairement les deux sortes de tissus (les masses épithéliales du lobule et la travée), leurs limites du côté de la cavité sont extrêmement nettes ; au niveau de leurs bords, on voit en certains endroits des cellules plates, pourvues d'un gros noyau ; ces cellules que l'on trouve aussi bien du côté des lobules que du côté des septa, sont de nature endothéliale. Aussi doit-on considérer ces cavités comme des espaces lymphatiques, analogues à ceux qui entourent les acini meibomiens normaux.

Dans les endroits où son développement est le plus considérable, c'est-à-dire au milieu, la tumeur a remplacé toutes les parties de la paupière, de la peau à la conjonctive. On retrouve ici la même structure qui est celle décrite plus haut, seulement la dégénérescence graisseuse des acini est beaucoup plus prononcée et l'on observe fréquemment la formation de lumières centrales. On voit aussi, en certains endroits, les ramifications des septa entrer en communication avec les masses graisseuses qui occupent l'intérieur des acini ; aussi la délimitation des deux sortes de tissus, qui est partout si nette dans les portions plus jeunes de la tumeur, éprouve-t-elle quelques petits troubles.

A la place des bulbes ciliaires, on trouve des cônes épithéliaux qui se ramifient et s'anastomosent ; ils se composent, en grande partie, d'une couche cellulaire ressemblant au réseau de Malpighi ; seulement, à l'intérieur de ces cônes, on trouve des cellules plus grosses avec des noyaux hyperplasiés ou bien avec des amas de noyaux ; leur protoplasma est légèrement granuleux et ne prend aucune coloration. Ces cônes s'enfoncent entre les acini de la tumeur, sans cependant communiquer avec ceux-ci et ils en restent séparés par du tissu conjonctif abondamment infiltré de cellules rondes. Du côté

conjonctival de la tumeur, on retrouve des restes du tarse, sous forme de tissu compact plus ou moins infiltré de cellules rondes ; il est constitué par des fibres conjonctives feutrées d'une façon très compacte ; vers le bord palpébral, il forme des saillies papillaires qui recouvrent un épithéliome stratifié ressemblant à l'épiderme ; plus en haut, l'épithéliome est décollé dans une grande étendue ; vers le point de terminaison de la tumeur, les acini s'approchent de la surface et alternent avec les cônes épithéliaux qui pénètrent dans la profondeur ; ils se désagrègent et leurs éléments isolés ressemblent davantage à ceux des épithéliomes pavimenteux stratifiés.

Observation V (résumée).

Wadsworth, *Trans. Amer. ophl. Soc.*, 1895.

Le malade était un jeune homme de dix-huit ans qui présentait une tumeur occupant le milieu du bord libre de la paupière supérieure gauche. Antérieurement, cet œil avait été opéré d'une grosseur de même nature. La tumeur enlevée par Wadsworth mesurait verticalement 25 millimètres, horizontalement 20 millimètres et en épaisseur 15 millimètres. Elle occupait l'épaisseur tout entière de la paupière. Après son ablation, l'auteur, pour combler la perte de substance, rapprocha les deux extrémités saines de la paupière et les sutura.

A la coupe, on voyait un petit nombre de kystes dans l'épaisseur de la tumeur. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un adénome kystique ayant son origine dans les glandes de Meibomius.

Observations VI et VII

Mills, Knapp, Reports of the section in opht. of Academy of med. of New-York, 1900, *Arch. of opht.*, 1901.

Le docteur Mills présente un cas de tumeur de la paupière supérieure et en montre des coupes microscopiques. Il avait vu la malade six semaines auparavant. Il y avait environ six mois que cette femme

avait remarqué l'apparition d'un petit nodule sur sa paupière supérieure; il s'était accru progressivement, et quand le présentateur observa la malade, la paupière supérieure tout entière était dure et brunâtre et avait une épaisseur qui variait d'un quart à un demi-pouce. Il est impossible de retourner la paupière; cependant on pouvait voir que la cornée était extrêmement rugueuse et recouverte de vaisseaux sanguins.

Le docteur Knapp présente un cas d'adénome des glandes de Meibomius avec examen microscopique; à ce sujet, il fait remarquer qu'il avait vu antérieurement le cas observé par le docteur Mills et qu'il avait fait le diagnostic sans l'aide du microscope. Chez son malade, on pouvait voir sur la face interne de la paupière supérieure des traces de glandes de Meibomius. La pièce qui fut enlevée pesait environ une once. Il ne fut pas possible d'extirper totalement la tumeur. L'examen microscopique confirma le diagnostic clinique.

Le docteur Knapp fait remarquer que son cas et celui du docteur Mills sont de même nature. Jusqu'à leurs observations il n'existe que 5 cas rapportés dans la littérature. Ces tumeurs contiennent de petits nodules jaunâtres, sont dures en beaucoup d'endroits et molles dans d'autres. Elles se développent le plus souvent entre la peau et le tarse. Il faut savoir les diagnostiquer pour les extirper dès le début.

Observation VIII

Pause, *Klin. Monatsf. für Augenheilk.*, 1905.

Le 12 novembre 1903, se présenta à la Clinique ophtalmologique un homme, Christion B...., âgé de 75 ans, originaire de Wathenvil. Il déclara qu'il avait remarqué depuis un an environ sur sa paupière supérieure gauche un petit nodule qui se développa peu à peu. Il n'a jamais ressenti de douleur, ni dans la tumeur, ni dans la région palpébrale; cependant dans le dernier mois le néoplasme se développa assez rapidement; maintenant il incommode le malade par sa grosseur. Antérieurement le malade n'a jamais souffert que de rhumatismes. Sa femme vit et se porte bien; ils n'ont pas eu d'enfant, il nie toute infection.

Le malade est encore assez vigoureux pour son âge. L'état de nutrition est médiocre, le matelas graisseux est peu développé. Au niveau de la paupière supérieure gauche, on voit une tumeur arrondie, au moins grosse comme un œuf de pigeon, qui recouvre entièrement l'œil et la paupière inférieure et la plus grande partie de la joue. La largeur de la tumeur atteint 4,5 centimètres, sa hauteur 3,5 et son épaisseur 2,25 centimètres. Malgré la blépharoplégie, la tumeur toute entière se meut distinctement, et si l'on pince ensemble les paupières, le bord inférieur de la tumeur se relève quelque peu. En regardant attentivement, on voit que les deux côtés de la tumeur, la plus grande partie de la paupière a conservé ses caractères normaux. Du côté interne la partie encore conservée du bord palpébral mesure 1 cent. 75 et du côté externe 1 centimètre. La tumeur se trouve située entre ces deux portions.

Le néoplasme est partout recouvert à sa surface par la peau des paupières assez fortement amincie, sans que l'on puisse trouver quelque adhérence. Cette surface elle-même est bosselée à la partie inférieure, unie à la partie supérieure. Vers le haut la tumeur paraît sous la peau comme une voussure globuleuse. Le bord inférieur est assez large; il y existe une surface ulcérée, que l'on peut décomposer en cinq ulcérations principales, arrondies, situées les unes à côté des autres et assez profondes — à cet endroit là on ne voit plus de cils — quand on soulève la paupière, on voit qu'elle produit une empreinte nette sur la peau de la joue. Au-dessous, l'œil ne présente aucune anomalie, si ce n'est que la cornée est aplatie par la compression. La conjonctive recouvre de toute part la face profonde de la tumeur; la surface de cette muqueuse est granuleuse et très rouge. La consistance de la tumeur est dure dans sa portion inférieure; dans la portion supérieure globulaire, on sent de la fluctuation.

Au niveau de la partie inférieure, dont la consistance est solide, on peut reconnaître cinq petits territoires nettement arrondis, voussurés; chacun est séparé des autres par un sillon peu profond. Dans chacun de ces territoires des parties blanc-jaunâtres transparaissent à travers la peau. Cela donne l'impression d'une tumeur constituée par cinq portions en forme d'outre, disposées les unes à côté des autres. La partie supérieure de la tumeur est occupée par un kyste.

La malade ne souffre pas et n'a pas de tuméfaction ganglionnaire.

En présence de la lente croissance, de l'absence de douleur, d'engorgement ganglionnaire et d'adhérences on ne pouvait penser *a priori* à une tumeur maligne. Par contre, la conformation de la tumeur, consistant en cinq portions situées les unes à côté des autres, et sa situation entre deux morceaux de paupières encore tout-à-fait normaux donnaient à penser qu'il s'agissait peut-être ici d'une tumeur ayant pris son origine dans les glandes de Meibomius. De là il n'y avait qu'un pas à franchir pour penser à un adénome de ces glandes.

Le 18 novembre, après anesthésie locale, on extirpa la tumeur. On disséqua complètement la peau qui la recouvrait en haut et sur les côtés. On respecta les deux portions de paupières situées de chaque côté et l'on parvint à extirper la tumeur dans sa capsule. On sutura alors les deux portions latérales de paupière et l'on reconstitua ainsi une paupière presque normale.

La guérison évolua sans incident, et l'on put renvoyer le malade le 28 novembre. C'est à peine si l'on pouvait voir un défaut au niveau de la paupière. L'occlusion était normale, et l'on pouvait en conclure que le muscle orbiculaire devait être conservé dans sa plus grande partie.

Cinq mois après l'opération, le malade s'est présenté de nouveau à la clinique. La fente palpébrale gauche était un peu plus grande que la droite ; la fermeture de la paupière était normale. L'empreinte que la tumeur avait produite sur la joue était cependant encore nettement visible. Il n'y avait nulle trace de récidive.

Voici le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la tumeur :

Sur des coupes sagittales, menées sur le milieu de la tumeur, on voit qu'il s'agit d'une tumeur à structure lobulée prononcée, enfermée de toute part par une épaisse capsule de tissu conjonctif. Sur l'un des côtés, la capsule est contiguë à la conjonctive épaissie, avec hypertrophie papillaire et abondante infiltration de cellules rondes. Au pôle supérieur de la capsule, on trouve deux faisceaux du muscle orbiculaire coupés transversalement. Par contre, entre la peau et la tumeur on ne trouve plus trace de l'orbiculaire. De l'autre côté, entre la conjonctive et la capsule, on voit une rangée de lobules des glan-

des de Meibomius bien conservés, tantôt allongés, tantôt arrondis, ils sont couchés dans une bande étroite de tissu conjonctif. Du tarse lui-même, on ne voit plus rien ; il paraît s'être complètement épuisé dans la formation de la capsule de la tumeur.

La large capsule de tissu conjonctif qui entoure la tumeur se compose de longs faisceaux dont les éléments cellulaires portent de longs noyaux fusiformes. La capsule est fermée de partout; cependant à une place qui correspond aux vestiges des glandes de Meibomius, on voit une brèche dans l'enveloppe conjonctive. A ce niveau, la capsule épaisse se divise en cordons isolés, se recourbe vers la tumeur, pénètre dans celle-ci et va former plus loin les travées de certains lobules. Partout le tissu conjonctif est fortement infiltré de cellules rondes qui, en beaucoup de points, se réunissent pour former de gros amas lymphocytoïdes. En suivant le tissu conjonctif à l'intérieur de la tumeur, on voit que les plus petits lobules sont partout entourés par des travées de tissu conjonctif de même largeur ; puis on peut voir des lobules plus gros, situés les uns à côté des autres, dont la paroi a été directement rompue par les masses néoplasiques ; ainsi ces lobules isolés commencent à se réunir pour former un gros lobe. Aussi les plus gros lobules donnent l'impression qu'ils résultent de la réunion de plusieurs petits lobules, car de leur paroi s'élèvent encore les tronçons de travée qui pénètrent dans l'intérieur des masses néoplasiques.

Les lobules de la tumeur se composent de cellules arrondies ou polydriques ; leur grosseur est approximativement la même que celle des cellules des glandes de Meibomius. Les noyaux sont gros en général, arrondis et assez riches en chromatine. Le corps cellulaire est extrêmement clair et il présente presque partout la structure en rayon de miel typique des cellules des glandes sébacées. A la périphérie des lobules, touchant directement les travées conjonctives, on voit le plus souvent quelques assises de cellules un peu plus grosses, mieux colorées, plus allongées et disposées en palissade. C'est dans ces cellules marginales que la multiplication paraît se faire. Vers le milieu des lobules, la faculté de coloration des cellules diminue en général et on voit des altérations régressives. Dans certains lobules on trouve même de grands territoires remplis de

débris cellulaires. A un plus fort grossissement, on voit, en maints endroits, des bourgeons très délicats qui se détachent des travées conjonctives et s'enfoncent à une certaine distance entre les cellules des lobules; ces bourgeons sont formés de cellules longues avec longs noyaux fusiformes. Les lobules de la tumeur, par leur structure, imitent tout à fait les glandes de Meibomius. Les cellules sont serrées les unes contre les autres, sans aucun tissu intermédiaire.

Au niveau de la brèche ci-dessus décrite dans la capsule conjonctive, les restes des glandes de Meibomius viennent en contact direct avec la tumeur. Tandis que les lobules glandulaires situés loin de cette brèche présentent encore une structure tout à fait normale, les lobules situés dans la brèche elle-même forment la transition directe avec la tumeur; on constate en ce point que les cellules perdent leur forme polyédrique; elles deviennent arrondies, leur protoplasma se colore mieux; aussi ne doit-on plus les distinguer des cellules de la tumeur. Dans les lobules de la tumeur situés dans le voisinage de cette brèche, on trouve encore çà et là des îlots de cellules des glandes de Meibomius avec des altérations plus ou moins progressives.

En aucun point, on ne peut trouver de membrane propre limitant les lobules des travées conjonctives.

Dans les petits lobules, on ne voit rien qui puisse rappeler une lumière glandulaire. Par contre, dans les plus gros lobules résultant de la fusion de nombreux petits, on trouve des formations qui rappellent beaucoup les glandes tubulées. A ces endroits-là, on voit au milieu des cellules de la tumeur des lumières formées de différentes façons, mais toujours obstruées; elles sont limitées par une à deux assises de cellules plus grandes, plus allongées, mieux colorées et disposées en ordre radié. Entre ces cellules, on voit parfois encore des cellules un peu fusiformes. La lumière, arrondie, polygonale ou en forme de fente, est remplie par des faisceaux conjonctifs, entre lesquels on trouve des cellules rondes. Il s'agit vraisemblablement là de la coupe transversale des travées conjonctives qui, dans les grands lobules, se détachent de la paroi comme des bourgeons et qui sont coupées dans les directions les plus différentes. Les rangées de cellules situées radialement contre les travées correspondent aux cellules décrites plus haut à la périphérie des lobules. La justesse de

cette hypothèse est confirmée par l'examen de ces formations sur les coupes en séries. On peut alors suivre ces travées se détachant de la paroi conjonctive des lobules en s'élevant dans l'épaisseur des masses cellulaires.

Le kyste, visible macroscopiquement au pôle supérieur de la tumeur, est délimité par une épaisse paroi conjonctive. A la périphérie, sont conservées en maints endroits quelques couches des cellules décrites dans la tumeur ; l'intérieur est rempli par des globules sanguins, des leucocytes et des amas de chromatine. Ce kyste correspond donc à un foyer ramolli de la tumeur.

La tumeur n'a que très peu de vaisseaux qui cheminent exclusivement dans le tissu conjonctif.

Observation IX

Cabannes et Ch. Lafon, *Archives d'ophtalmologie*, 1906.

Mme P. ., âgée de 69 ans, vient consulter l'un de nous, le 15 janvier 1906, pour une petite tumeur de la paupière inférieure gauche.

La malade nous raconte qu'à l'âge de 35 ans, elle eut les deux yeux atteints de kératite ; depuis lors ils sont restés très susceptibles ; ils pleurent facilement au froid et au vent, et à plusieurs reprises ils ont présenté des poussées de kérato-conjonctivite. Depuis ces dernières années, la tendance au larmoiement s'est accentuée et il s'est produit un peu d'éversion des points lacrymaux, mais sans ectropion véritable.

Vers le mois de mai 1905, la malade constata qu'un larmoiement persistant s'était installé du côté gauche ; elle remarqua en outre qu'il existait dans la paupière inférieure, près de l'angle interne, une petite tuméfaction ; la paupière ne tarda pas à s'éverser et, sous la conjonctive enflammée, on voyait un petit nodule. Un médecin consulté porta le diagnostic de chalazion et incisa la petite tumeur ; elle saigna un peu et continua à évoluer lentement.

Quand la malade se présenta à notre examen, nous constatâmes tout d'abord qu'il existait un ectropion, surtout accentué vers l'angle interne ; la conjonctive apparaissait très rouge, hypertrophiée et

granuleuse ; à deux ou trois millimètres du point lacrymal et en arrière du bord libre, on voyait une petite tuméfaction qui soulevait la muqueuse, mais l'inflammation de cette dernière masquait tous les détails de la tumeur. La palpation de celle-ci était à peu près indolente ; elle avait une dureté cartilagineuse et le volume d'un grain de blé ; elle faisait corps avec le tarse. Le bord libre et la face cutanée, irrités par l'épiphora, ne paraissaient pas être intéressés par la tumeur ; à son niveau, la peau avait conservé sa mobilité normale. A part une légère injection et la trace des kératites anciennes, le globe oculaire était normal, les voies lacrymales étaient saines et perméables et il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire dans les régions correspondantes à la tumeur.

Comme notre confrère, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un chalazion, mais nous fîmes des réserves sur la possibilité d'une dégénérescence épithéliomateuse de la muqueuse conjonctivale ectropionnée. Nous proposâmes à la malade l'extirpation radicale, qui fut acceptée et pratiquée quelques jours plus tard. Après anesthésie générale au chlorure d'éthyle, nous enlevâmes la petite tumeur, avec la portion du tarse correspondante ; puis nous fîmes l'excision d'un lambeau de conjonctive hypertrophiée. Après sutures, la paupière reprit sa position normale et la guérison s'effectua sans incident.

La tumeur, fixée au formol, fut apportée au laboratoire des cliniques de la Faculté, et M. le professeur agrégé Sabrazès, avec sa grande compétence, a bien voulu faire l'examen histologique des coupes dont voici la description détaillée.

Examen histologique. — Cette production est une tumeur développée aux dépens des glandes de Meibomius, à contours sinueux, intéressés çà et là par l'incision chirurgicale, la tumeur n'est donc pas en totalité. Il existe autour d'elle comme une ébauche de capsule.

On remarque tout d'abord l'abondance des lobules glandulaires et leur groupement ; au lieu de former une bande comme dans les glandes de Meibomius normales, ils constituent une masse globuleuse. Les variations de volume des lobules sont aussi infiniment plus considérables que dans les glandes normales, il en est de petits (80 μ), à côté de géants (1 mm.). L'irrégularité de forme est aussi beaucoup plus prononcée, diverticules et bourgeonnements

multiples, une quinzaine pour un seul lobule par exemple. On ne reconnaît pas la formation rappelant les canaux excréteurs des glandes normales.

Ces glandes sont labourées par des travées conjonctives, prolongations de la capsule. Chaque diverticule est le point de départ d'un septum conjonctif, qui pénètre entre les cellules et les cloisonne. Les fibres musculaires de l'orbiculaire sont repoussées par la tumeur.

On est frappé par le polymorphisme des culs-de-sac glandulaires. La basale est formée par un très mince liseré conjonctif, sur lequel reposent les cellules périphériques. Il est cependant des lobules qui ne se différencient en rien des normaux; à leur périphérie on voit une ondeuse assises de cellules cubiques ou ovalaires, intimement accolées les unes aux autres, à noyau compact, très chromatique, parfois en Karyokynèse; elles mesurent de 9 à 12 μ de diamètre. A mesure que l'on se rapproche du centre du lobule, les cellules augmentent de volume, deviennent polyédriques, se disposent en mosaïque, leur spongioplasma s'accuse de plus en plus, leur noyau se colore moins vivement.

Les plus grandes mesurent jusqu'à 70 μ. La plupart des culs-de-sac glandulaires ont à leur périphérie quatre ou cinq assises de cellules cubiques, de petit volume, en voie de multiplication; on y trouve des noyaux en division même dans les cellules spongiocytiques. Enfin, certains culs-de-sac sont dépourvus de cellules à spongioplasma apparent. En somme, à la périphérie de la plupart des lobules et dans la totalité de quelques-uns d'entre eux, on trouve des cellulles ne rappelant en rien la cellule meibomienne adulte; ces cellules atypiques, cubiques ou polyédriques, beaucoup plus petites à noyau plus chromatique, ont les caractères morphologiques des cellules de l'assise génératrice des glandes normales. Par la coloration a l'éosine bleu de méthylène, on se rend compte que toutes ces cellules ont un protoplasma basophile; le noyau, vivement coloré en bleu, présente deux ou trois gros grains de chromatine et une membrane nucléaire bien apparente.

On remarque aussi çà et là des lésions dégénératives, fonte des amas cellulaires et piknose du noyau; des clivages s'établissent

dans les culs-de-sac, résultant de la liquéfaction des cellules et une cavité kystique est constituée, sorte de cavité centrale, où tombent et s'accumulent des déchets cellulaires. Il peut se former ainsi de véritables petits kystes meibomiens, à épithélium de revêtement cubique, sans apparence spongiocytique ; mais à côté, un autre segment du même lobule montre des cellules polyédriques à spongioplasma très marqué. On trouve en moyenne trois éléments glandulaires en transformation kystique dans une coupe.

Autour de chaque lobule existe comme un espace vide, limité par la membrane conjonctive basale, support de l'assise glandulaire périphérique, et, en dehors, par les travées périlobulaires. Ce sont là des fentes qui ne mesurent pas plus de 3 à 6 millimètres et qui sont, par places, virtuelles. On n'y voit pas de bordure endothéliale, au moins continue; c'est à peine si on distingue dans leur lumière quelques cellules conjonctives plaquées sur leurs parois et, rarement, de fines fibrilles formant cloison. Pas d'éléments anatomiques dans ces espaces, sauf, et cela est exceptionnel, un ou deux lymphocytes. Il s'agit là de fentes lymphatiques, analogues à celles des glandes normales.

Autour et dans l'interstice des lobules adénomateux, le tissu conjonctif a réagi vivement ; les mastzellen y abondent et essaiment leurs granulations de tous côtés, mais dans le tissu glandulaire, proprement dit, on n'en trouve pas. En outre des mastzellen, le tissu interstitiel est traversé par des traînées denses de cellules conjonctives et d'éléments lymphocytoïdes, avec quelques plasmazellen. Tout cela est très peu vascularisé, on distingue à peine de droite et de gauche la fente d'un fin vaisseau.

La conjonctive qui recouvrait la tumeur, et qui a été détachée par l'acte opératoire, présente une épidermisation avec revêtement corné, à squames superficielles, dépourvues de noyau, à prolongements malpighiens inégaux, profonds; cet épithélium a cinq ou six couches de cellules stratifiées et, dans les prolongements intradermiques, une quinzaine. Le chorion présente un peu de stase lymphatique, avec beaucoup de lymphocytes accumulés dans les fentes; ce chorion paraît plus lâche qu'à l'état normal et un peu œdémateux. Ces phénomènes inflammatoires sont plus marqués en un point, où

l'on trouve, autour d'une plus large fente à contours sinueux, un anneau d'inflammation chronique, avec infiltration cellulaire plus abondante et plus dense.

La tumeur dont on vient de lire la description est évidemment un adénome des glandes de Meibomius.

19 février 1907 : Nous avons revu tout récemment notre malade. La guérison est parfaite et il n'y a pas de trace de récidive.

ÉTIOLOGIE

Comme pour la plupart des tumeurs, les causes déterminantes des adénomes meiboniens nous échappent complètement et ce n'est pas ici le lieu de discuter les hypothèses qui ont été émises sur l'origine des néoplasmes.

Nous nous contenterons, dans ce chapitre, d'exposer le peu que nous savons sur leurs causes prédisposantes. Ces tumeurs paraissent ne se développer que chez les adultes. Knapp et Mills ne donnent pas l'âge de leurs malades. Celui de Wadsworth n'avait que 18 ans, et celui de Rumschewitsch n'en avait que 24. Les cinq autres avaient atteint ou dépassé la soixantaine : Baldauf, femme de 59 ans ; Bock, femme de 62 ans ; Gabannes et Ch. Lafon, femme de 69 ans ; Pause, homme de 75 ans ; Salzmann, femme de 95 ans.

Il semble que les femmes soient plus atteintes que les hommes ; mais le nombre des observations connues est encore trop restreint pour qu'on puisse tirer une indication précise sur la prédisposition plus ou moins grande de l'un ou de l'autre sexe.

La santé générale ne semble jouer aucun rôle dans l'étiologie des adénomes meiboniens. Certains malades étaient vigoureux et bien portants. D'autres, au contraire, étaient daus un mauvais état de nutrition ; mais la différence d'âge suffit à expliquer ces divergences.

Les affections conjonctivo-palpébrales ne semblent pas non plus jouer un rôle dans la genèse des adénomes meiboniens. Dans aucune des observations publiées on ne signale la fréquence des inflammations meiboniennes ou des chalazions chez les malades atteints plus tard d'adénomes. Dans l'observation IX cependant, les auteurs signalent une légère inflammation chronique de la conjonctive.

SYMPTOMATOLOGIE

L'adénome meibomien se développe surtout à la paupière supérieure et cette prédominance s'explique aisément par la plus grande importance des glandes de Meibomius à ce niveau, Sur les neuf observations que nous avons rapportées, il n'y a que la malade de Baldauf et celle de Cabannes et Ch. Lafon, chez lesquelles la tumeur se soit formée à la paupière inférieure.

Dans ces deux cas le néoplasme a surtout évolué vers la face conjonctivale de la paupière et a provoqué l'ectropion de cette dernière. Au contraire cette marche est exceptionnelle au niveau de la paupière supérieure et n'a été observée que par Bock ; dans le cas de cet auteur en effet, la tumeur se développant du côté de la conjonctive a provoqué l'ectropion de la paupière supérieure. Dans toutes les autres observations, la croissance du néoplasme s'est faite vers la face cutanée. C'est surtout ce type, le plus fréquent, que nous aurons en vue dans notre description.

Début. — C'est naturellement dans l'épaisseur même du tarse que naît l'adénome. A son début il apparaît sous la forme d'un petit nodule. A ce moment, il n'est jamais situé sur le bord libre de la paupière, mais il en est distant d'au moins deux millimètres ; l'anatomie normale des paupières nous explique facilement cette particularité ; nous savons en effet que les derniers culs-de-sac des glandes de Meibomius s'arrêtent à cette distance du bord libre.

A son début, l'adénome ne s'accompagne jamais d'aucun phénomène inflammatoire ou congestif, et la peau sus-jacente conserve son apparence et sa mobilité normales. Par transparence on remarque que le nodule a une teinte jaunâtre ou grisâtre. Sa consistance est ferme, presque cartilagineuse et l'on se rend facilement compte qu'il fait corps avec le tarse. Enfin il est

indolore et c'est le plus souvent par hasard que le malade s'aperçoit de sa présence.

A la paupière inférieure, l'adénome, nous l'avons vu plus haut, tend à éloigner la paupière du globe, et l'âge des malades aidant, il ne tarde pas à se produire de l'ectropion, avec toutes ses conséquences.

Période d'état. — A cette période, ou plus exactement au moment de leur observation, les tumeurs dont nous avons reproduit l'histoire avaient des volumes variables; celle de Pause avait la grosseur d'un œuf de pigeon; celles de Bock et de Salzmann avaient les dimensions d'une noix; celles de Wadsworth et de Mills, la grosseur d'une noisette; celles de Rumschewitsch et de Knapp, la grosseur d'un pois; la tumeur de Bock avait la forme d'une rondelle elliptique aplatie, dont les deux diamètres extrêmes avaient respectivement 38 et 24 millimètres. Enfin celle de Cabannes et Ch. Lafon ne dépassait pas le volume d'un grain de blé.

Pour atteindre ces dimensions, les tumeurs décrites avaient mis un temps variable : ainsi, chez la malade de Bock, la tumeur évoluait « depuis des années », et chez celle de Baldauf depuis quatre ans; dans le cas de Pause et dans celui de Salzmann, le début remontait à un an; mais chez la malade de ce dernier, la tumeur avait rapidement grossi dans les derniers temps. Dans le cas de Cabannes et Ch. Lafon, la malade avait aperçu pour la première fois sa tumeur huit mois auparavant et le malade de Mills, six mois.

La forme générale des adénomes meibomiens est arrondie. Largement implantés sur la paupière, ils ont une tendance à proéminer fortement et à pendre au-devant de la paupière inférieure, lorsqu'ils ont atteint un certain volume. Chez la malade de Bock, le néoplasme avait la forme d'un cœur dont la pointe libre se dirigeait en bas et en dehors; dans le cas de Pause, la tumeur avait même imprimé sa trace sur la peau de la joue. L'adénome ne dépasse généralement pas les limites supérieures du tarse; tout au plus remonte-t-il jusqu'au fornix : aussi le sillon orbito-palpébral est fortement accusé.

La peau qui recouvre la tumeur est normale; quand cette dernière atteint un gros volume, le revêtement cutané, tendu et aminci, se moule sur les bosselures légères et les sillons peu profonds que forme la surface de la masse néoplasique. Par transparence, celle-ci apparaît jaunâtre ou grisâtre, suivant les endroits.

Le bord libre de la paupière, envahi peu à peu, perd ses contours nets et tranchants; il devient arrondi et irrégulièrement globuleux et les cils tombent.

La conjonctive qui recouvre la face postérieure de la paupière reste longtemps normale ; à travers sa teinte rosée, la tumeur transparaît sous la forme de petites taches jaune sale ou grises. Mais la muqueuse finit par s'injecter; elle devient rouge sombre, et elle prend un aspect velouté ou granuleux; les détails de la tumeur sont alors masqués. Quand l'adénome se développe au niveau de la paupière inférieure, l'ectropion se produit rapidement et ces phénomènes inflammatoires apparaissent plus vite au niveau de la muqueuse éversée; il existe alors une sécrétion catarrhale assez abondante.

A la palpation on constate que la peau a gardé toute son indépendance et qu'elle a conservé sa mobilité; même quand elle est très tendue au-dessus d'une tumeur volumineuse on peut la pincer. Par contre, le néoplasme fait corps avec le tarse et quand on veut le mobiliser on entraîne en même temps toute la paupière. On constate que la tumeur a des limites très nettes et qu'elle n'a aucune tendance à diffuser dans les tissus voisins qui ont conservé toute leur souplesse. En général le tarse n'est pas envahi dans sa totalité et il existe près de ses extrémités une portion variable du voile palpébral qui a conservé sa structure et ses caractères normaux.

Les adénomes meiboniens ont une consistance qui varie suivant les points que l'on examine ; certaines parties ont conservé leur dureté première, presque cartilagineuse; d'autres, à côté, sont devenues molles et pâteuses; l'on peut même trouver des points fluctuants; c'est ainsi que dans le cas de Pause la moitié supérieure de la tumeur donnait franchement la sensation de

liquide et l'examen anatomique montra qu'il existait en effet à ce niveau une grande cavité kystique. Malgré son petit volume cependant, la tumeur de Rumschewitsch était entièrement molle.

L'adénome n'évolue pas vers l'orbite ; il n'y a d'exception que pour le cas de Bock : la tumeur, qui avait un développement conjonctival, remontait vers l'orbite et refoulait légèrement le globe de l'œil, en bas. On n'observe jamais d'engorgement ganglionnaire dans les régions correspondant au siège de la tumeur (région pré-auriculaire ou sous-maxillaire).

Les adénomes meiboniens ne déterminent pas de troubles fonctionnels graves. Ils ne provoquent jamais de douleurs ni spontanément ni à la pression. Tant qu'ils n'ont qu'un petit volume ils n'occasionnent qu'une gêne légère ; mais quand ils atteignent de grandes dimensions, ils déterminent un ptosis à peu près complet ; c'est ce qui existait dans les cas de Bock, de Salzmann. Au contraire, à la paupière inférieure l'ectropion provoque parfois un larmoiement abondant.

En résumé, les caractères qui dominent la symptomatologie de ces tumeurs sont ceux des adénomes des glandes sébacées en général ; une croissance lente, l'absence d'inflammation et d'ulcération pendant longtemps et l'intégrité des ganglions lymphatiques. Ce sont là les signes cliniques des tumeurs bénignes.

Terminaison. — Nous n'avons que fort peu de renseignements sur la terminaison des adénomes meiboniens abandonnés à eux-mêmes. Salzmann observa une perte de substance au centre de la face conjonctivale de sa tumeur et dans le cas de Pause il existait de petites ulcérations au niveau du bord libre. Si nous comparons ces faits à l'évolution ordinaire des adénomes sébacés, nous pouvons en déduire que les tumeurs que nous étudions auraient fini par subir la destruction spontanée par nécrose.

Complications. — Dans les observations que nous avons reproduites, nous relevons les complications suivantes : Pause signale chez son malade un aplatissement de la cornée dû à la pression du néoplasme. Dans le cas de Mills, la cornée était

extrêmement rugueuse et très vascularisée. Bock constata que la cornée de son malade était ulcérée dans la partie inférieure ; mais il existait aussi une dacryocystite purulente due à une stricture étroite du canal nasal; il est donc probable que la lésion cornéenne relevait de l'affection lacrymale, et qu'elle n'était que très indirectement liée au néoplasme. Enfin, dans une ou deux observations, il existait une légère injection du bulbe due à l'inflammation palpébrale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En lisant les observations que nous avons reproduites, on a pu remarquer que les longues descriptions histologiques que certaines contiennent se ressemblaient beaucoup entre elles; aussi nous ne pensons pas qu'il soit très utile de nous étendre longuement sur l'anatomie des adénomes meibomiens. Dans certaines des observrtions où la tumeur évoluait depuis longtemps, certains détails sont, au premier abord, assez obscurs; cela tient à l'âge avancé des lésions. Mais dans le cas de MM. Cabannes et Lafon, où le début de la tumeur était récent, les faits sont beaucoup plus démonstratifs.

Pour donner plus de clarté à ce chapitre, nous rappellerons brièvement quelques-uns des caractères anatomiques des glandes de Meibomius normales. Sur une coupe sagittale de paupière supérieure, les glandes de Meibomius forment une bande longue de 1 millim. 8 environ; la largeur maxima de cette bande est de 0 millim. 65 et sa largeur minima, au niveau du bord libre, est de 0 millim. 5. Ces glandes sont situées en plein tarse, c'est-à-dire dans un tissu fibreux lamellaire entrecoupé de cellules fusiformes rares. Que la face postérieure du tarse, l'assise glandulaire est très près de la conjonctive, à 0 millim. 08 ou 0 millim. 01 de l'épithélium conjonctival. En avant, la moitié inférieure de l'assise se trouve en contact immédiat avec les faisceaux de l'orbiculaire et même quelques culs-de-sac glandulaires se trouvent cernés par les fibres de ce muscle. La moitié supérieure, au contraire, se trouve éloignée des faisceaux de l'orbiculaire de 0 millim. 5.

Cette assise est formée par une série d'éléments glandulaires de dimensions variables, les plus petits mesurent 0 millim. 1; les plus grands ont un diamètre qui peut atteindre 0 millim. 6;

la moyenne varie entre 0 millim. 35 et 3 millim. 4. On compte, dans toute l'assise, une quinzaine d'éléments glandulaires; les uns apparaissent ovalaires, les autres polycycliques; les plus petits paraissent résulter de l'incidence des coupes. Ceux qui ont des contours polycycliques montrent 3 à 4 bourgeons sur une coupe.

Les cellules glandulaires sont superposables aux cellules des glandes sébacées; à la périphérie, ces cellules sont tassées, cubiques ou ovalaires; les noyaux sont compacts, riches en chromatine, quelques-uns en mouvement karyokynétiques; leur protoplasma est alvéolaire spongiocytique. Ces cellules mesurent 9 à 12 μ de hauteur. A mesure que l'on se rapproche du centre de l'acinus, les cellules augmentent de volume, deviennent polyédriques par pression réciproque et donne à l'élément glandulaire un aspect de mosaïque. Certaines de ces cellules centrales mesurent jusqu'à 70 μ de diamètre; leur protoplasma devient plus spongieux et se colore moins bien, il en est de même du noyau; nous assistons en somme à la fonte graisseuse de ces éléments cellulaires.

Autour des éléments glandulaires existent des espaces très étroits ne mesurant pas plus de 3 à 6 μ, limités d'une part par un tractus conjonctif plus ou moins épais, mesurant de 6 à 45 μ d'épaisseur, et d'autre part par un très mince liseré conjonctif qui forme comme une basale, sur laquelle repose la couche périphérique des glandes. En certains points ces espaces deviennent virtuels ou même nuls. On ne voit pas de bordure endothéliale tout au moins continue; mais çà et là on trouve quelques cellules conjonctives accolées aux paroies; on trouve aussi quelques fines fibrilles conjonctives qui relient les deux parois. On ne trouve en général pas d'éléments anatomiques dans ces lacunes; exceptionnellement, on y voit un lymphocyte (cette description a été faite d'après des coupes et des notes qu'ont gracieusement mis à notre disposition MM. Sabrazès et Ch. Lafon).

En résumé, les acini meibomiens sont essentiellement constitués par une assise périphérique de cellules génératrices reposant

sur une membrane basale, cette assise donne naissance à des cellules qui ne tardent pas à subir la dégénérescence graisseuse et qui forment alors la matière sébacée, excrétée au fur et à mesure de sa production.

Si, par suite d'une perturbation dans cette évolution physiologique, perturbation dont nous ignorons complètement les causes, l'activité génératrice des cellules périphériques augmente et si les cellules centrales tendent à subir la transformation sébacée, l'adénome est alors constitué. L'hyperplasie épithéliale a pour conséquence directe l'agrandissement des acini. Sous la poussée des cellules nouvelles, les acini refoulent les travées conjonctives qui les séparent normalement; celles-ci s'amincissent et finissent par devenir de délicates cloisons. Il se produit alors une coalescence des éléments glandulaires, qui aboutit à la formation de grands lobules à contours polycycliques ou géographiques. A la périphérie, le tissu conjonctif repoussé s'organise en capsule fibreuse, qui isole le néoplasme.

Les cellules qui occupent le centre des acini conservent longtemps une vitalité anormale, au lieu de subir rapidement la dégénérescence graisseuse. Les acini adénomateux ont alors les mêmes caractères que les acini meibomiens embryonnaires normaux. Dans les inflammations traumatiques des glandes de Meibomius, on observe de même un retour à l'état embryonnaire, comme l'a montré Podwyssotsky dans un travail intitulé *Sur la régénération de l'épithélium des glandes de Meibomius.*

Cette vitalité des cellules se manifeste par la persistance de leurs caractères de jeunesse; au lieu d'évoluer dès leur formation vers le type sébacé adulte, c'est-à-dire au lieu de devenir grasses, polygonales et spongiocytiques, elles restent longtemps petites et cubiques; leur protoplasma est plus homogène et prend vivement les couleurs; leur noyau est fréquemment en karyokynèse. Au lieu d'une seule assise, la couche périphérique en compte plusieurs. Au centre des lobules, les cellules deviennent lentement adultes; cependant elles sont plus vivaces que les cellules des glandes normales; leur affinité pour les cou-

leurs est plus grande, leurs contours restent plus nets et l'on voit parfois des noyaux en activité.

Quand les lobules ont atteint de grandes dimensions, les cellules centrales finissent par subir la dégénérescence graisseuse. Mais comme l'agrandissement des acini a eu pour conséquence l'oblitération des canaux excréteurs, il se forme de véritables kystes sébacés dont les parois sont tapissées par une couche plus ou moins épaisse de cellules encore vivantes. Dans les couches microscopiques traitées selon les procédés ordinaires (alcool, xylol, benzine, etc.), le contenu de ces kystes, qui est graisseux, est dissous par les liquides employés. Aussi les cavités kystiques apparaissent vides. Certains auteurs ont improprement donné à ces cavités le nom de lumière glandulaire. Ces kystes peuvent devenir très grands, comme dans le cas de Pause.

Le tissu conjonctif des travées interlobulaires a, lui aussi, des caractères plus jeunes que le tarse normal. La plupart des auteurs signalent son infiltration par des cellules rondes. Dans le cas de MM. Cabannes et Ch. Lafon, il existait, en certains points, une réaction inflammatoire très accusée; cette particularité tient probablement à ce que la tumeur avait été incisée quelque temps avant son extirpation.

En se développant, la tumeur refoule au-devant d'elle les plans superficiels de la paupière. Quand elle a pris un grand développement, les fibres musculaires de l'orbiculaire sont dissociés et éparpillés autour de la capsule. Certains auteurs ont enlevé la peau qui recouvrait la tumeur; cette peau était amincie, mais à l'examen microscopique on constatait qu'elle avait gardé la structure normale. Au contraire, la conjonctive est le plus souvent hypertrophiée : son chorion s'infiltre de cellules rondes et son épithélium devient pavimenteux stratifié. Ce sont là les caractères de l'inflammation conjonctivale chronique.

En résumé, l'adénome meibomien présente tous les caractères distinctifs des adénomes en général : régularité des formations épithéliales, ressemblance intime avec la glande normale, pré-

sence d'une membrane partout continue sur laquelle repose l'assise épithéliale régénératrice, tendance à devenir le siège de formations kystiques et à s'isoler du tissu où il a pris naissance. Comme le dit Leber, il s'agit d'une véritable *hypertrophie* glandulaire. Les adénomes meibomiens rentrent dans la catégorie des *polyadénomes sébacés* de Broca, c'est-à-dire que l'hypertrophie atteint simultanément un grand nombre de glandes à la fois.

DIAGNOSTIC

A. Diagnostic clinique.

Le diagnostic clinique des adénomes meibomiens est une des parties les plus délicates de leur histoire. En lisant les observations que nous avons relatées, on a pu voir que les auteurs ne firent le diagnostic exact que sous le microscope. Cependant, Knapp put faire ce diagnostic clinique chez la malade de Mills, car il avait observé quelque temps auparavant un cas semblable. Les autres auteurs n'ont pas fait le diagnostic, car ils n'ont pas pensé à la possibilité de l'adénome meibomien, qui est une tumeur rarissime.

Le diagnostic positif sera établi grâce aux caractères que nous avons étudiés dans la symptomatologie. Nous ne croyons pas utile de le reproduire ici.

A sa période de début, l'adénome sera presque toujours confondu avec le *chalazion*. C'est qu'en effet la ressemblance est grande entre ces deux lésions et l'on ne peut baser son diagnostic que sur des nuances. Le chalazion est une nodosité inflammatoire : aussi sa délimitation est moins nette que celle de l'adénome, car, autour de lui, le tarse est toujours plus ou moins infiltré.

Il est rare qu'à un moment donné la peau ne rougisse pas et ne s'épaisse pas à son niveau ; le malade ressent alors une tension et de légères douleurs qui ne s'observent pas dans l'adénome ; en outre la croissance du chalazion est beaucoup plus rapide et il perd vite sa dureté première pour devenir mou. Il est alors parfois le siège de poussées inflammatoires qui peuvent aboutir à son ulcération du côté de la conjonctive. Plus tard la

lenteur du développement de l'adénome, sa grosseur, son aspect et sa consistance ne permettent plus la confusion.

Les autres inflammations chroniques du tarse diffèrent trop de l'adénome meibomien pour nous arrêter.

Parmi les tumeurs véritables qui pourraient prêter à confusion, on éliminera *à priori* celles qui n'adhèrent pas intimement au tarse. C'est ainsi qu'on peu rejeter facilement les néoplasies qui se développent au-dessus des glandes sudoripares et sébacées de la peau.

Les *adénomes des glandes de Moll* et *ceux des glandes de Krause* sont des tumeurs encore plus rares que celles qui nous occupent; elles ont été étudiées par Salzmann dans le même travail que les adénomes des glandes de Meibomius. Nous savons que les glandes de Moll sont des glandes sudoripares très développées qui sont situées dans le derme du bord libre de la paupière. Aussi les tumeurs qui en dérivent prennent toujours naissance au niveau du sol ciliaire, ce qui n'existe jamais pour les adénomes meibomiens. En outre elles n'ont jamais l'aspect jaune sale de ces derniers. Les glandes de Krause sont des glandes lacrymales accessoires qui sont situées au niveau du fornix et viennent déverser leur sécrétion dans le cul-de-sac conjonctival. Les tumeurs auxquelles elles donnent naissance se développent entre le globe et la paupière. Dans le cas de Salzmann, la tumeur apparaissait dans l'axe de la fente palpébrale sous l'aspect d'une tumeur rosée et bosselée.

Le carcinome des glandes de Meibomius est également une tumeur rare dont les caractères cliniques sont surtout connus depuis le travail de Sourdille. A ses débuts, le carcinome a des allures identiques à celles de l'adénome; cependant le carcinome est douloureux et la conjonctive s'ulcère vite à son niveau. Il ne tarde pas à prendre les caractères d'une tumeur maligne : sa croissance est rapide, ses limites sont empâtées, les ganglions lymphatiques sont envahis de bonne heure et ils récidivent généralement peu de temps après l'extirpation.

On désigne sous le nom *de cancer primitif de la paupière* une tumeur rare et mal connue qui se développe dans l'épais-

seur du voile palpébral ; mais on ignore aux dépens de quel organe elle prend naissance. Il est probable qu'elle se développe aux dépens des éléments glandulaires du tarse et que les glandes de Meibomius sont souvent en cause. Quoi qu'il en soit, ses allures sont malignes et ressemblent à celles du carcinome meibomien.

En somme, le diagnostic clinique des adénomes meibomiens est assez difficile et il aura toujours besoin d'être contrôlé par l'examen anatomique.

B. Diagnostic anatomique.

Si le diagnostic clinique de l'adénome meibomien est difficile, le diagnostic anatomique est au contraire généralement facile.

Nous n'insisterons pas sur les caractères différentiels du chalazion, qui sont trop marqués. Les glandes de Moll sont les glandes du type sudoripare ; aussi les adénomes qui en dérivent sont constitués par des tubes ramifiés, entrelacés, terminés en cœcum, tapissés par un épithélium cubique ou cylindrique analogue à celui des glandes sudoripares ; on y trouve souvent des cavités kystiques. Les glandes de Krause ont la même structure acino-tubuleuse que les glandes lacrymales ; aussi leurs adénomes sont caractérisés par l'aspect tubuleux de leurs éléments que tapisse un épithélium cylindrique modifié.

La différenciation entre l'adénome et le carcinome meibonien au début peut être des plus délicates à établir. L'aspect général des coupes est le même : à côté d'acini normaux on trouve de grandes cavités formées par la coalescence de plusieurs éléments glandulaires. Mais les cellules épithéliales du carcinome sont beaucoup plus atypiques que celles de l'adénome ; on y trouve parfois de véritables globes épidermiques en formation et le nombre des cellules en karyokynèse est considérable. Enfin, le diagnostic de carcinome au début peut être porté avec certitude si l'on trouve la paroi d'un acinus rompu et laissant échapper des cellules épithéliales dans le tissu cellulaire ambiant. Plus tard, quand le carcinome a évolué, ses

caractères histologiques le différencient nettement de ceux de l'adénome.

En somme, il existe une parenté étroite entre l'adénome et le carcinome meibonien et il n'y a qu'un pas à franchir pour passer de l'un à l'autre. Dans le premier cas, malgré leur hyperplasie, les cellules néo-formées gardent leurs caractères normaux; au contraire, dans le second cas, ces cellules n'évoluent plus vers le type sébacé adulte, mais deviennent atypiques, d'où leur malignité.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

A. Pronostic.

Comme tous les adénomes sébacés, ceux qui se développent aux dépens des glandes de Meibomius sont des tumeurs cliniquement et anatomiquement bénignes. Comme nous l'avons vu, il n'existe pas d'observations où l'on ait observé la terminaison de l'adénome meibomien abandonné à lui-même. Ce n'est que par déduction que nous pouvons parler de cette terminaison spontanée. D'après ce que nous enseigne la pathologie générale, on peut dire que l'adénome meibomien finirait, au bout d'un temps plus ou moins long, par disparaître suivant le processus de nécrose spontanée.

Quoi qu'il en soit, l'adénome meibomien reste toujours une tumeur localisée et il ne se généralise jamais. Quand on l'a enlevé, il ne récidive pas, à moins que l'extirpation n'ait été incomplète. Le ptosis, quand on l'observe, est toujours mécanique ; par son développement la tumeur s'oppose au libre jeu du muscle releveur ; aussi après l'extirpation ce ptosis disparaît peu à peu et la paupière reprend ses fonctions. Quant aux lésions cornéennes qui peuvent se produire, leur gravité dépend de leur étendue et de leur profondeur.

B. Traitement.

Le seul traitement des adénomes meibomiens est l'extirpation. Il n'y a pas de technique spéciale à décrire, il faut suivre les règles générales de la chirurgie des paupières, en s'efforçant de conserver le plus possible de tissu sain. La plupart des auteurs,

ignorant la nature précise de ces tumeurs les ont enlevées largement, en sacrifiant la peau sus-jacente. Nous croyons que cela est inutile et qu'il suffit de réséquer un lambeau de peau si celle-ci est trop abondante. La plupart des auteurs se sont contentés de suturer bout à bout les deux extrémités saines de la paupière. Au contraire Salzmann fut obligé, pour reconstituer sa paupière, de pratiquer une blépharoplastie à lambeau temporal.

Voici les procédés opératoires que préconisent dans leur travail MM. Cabannes et Ch. Lafon.

Quand la tumeur atteint un gros volume, on incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'orbiculaire parallèlement au bord libre, de préférence au niveau du bord supérieur du tarse; on dissèque minutieusement toutes les parties molles qui recouvrent l'adénome de façon à bien l'isoler; puis on détache les parties encore saines du tarse, en respectant le plus possible les insertions du muscle releveur de la paupière. On tâchera ensuite de disséquer la conjonctive; c'est là le temps le plus délicat, car nous savons que la muqueuse adhère intimement au tarse. Lorsque l'adénome est enlevé, il faut reconstituer la paupière par des sutures.

Quand la tumeur n'a qu'un petit volume, comme dans l'observation de MM. Cabannes et Ch. Lafon, on peut extirper comme un chalazion. Après avoir fait une injection conjonctivale au bord libre, on dissèque la tumeur avec des ciseaux fins et on curette la loge où elle a été contenue pour s'assurer que l'on n'a pas oublié de lobules adénomateux.

S'il existe des lésions oculaires, on les traitera selon les méthodes ordinaires.

CONCLUSIONS

Les adénomes des glandes de Meibomius sont des tumeurs rares, puisqu'il n'en existe actuellement que neuf observations.

Les caractères qui dominent leur symptomatologie sont ceux des adénomes sébacés en général : une croissance lente, l'absence d'inflammation et d'ulcération pendant longtemps et l'intégrité des ganglions lymphatiques.

Au point de vue anatomique, ces tumeurs présentent tous les caractères distinctifs des adénomes en général : régularité des formations épithéliales, ressemblance intime avec la glande normale, présence d'une membrane propre partout continue, tendances à devenir le siège de formations kystiques et à s'encapsuler.

Le diagnostic différentiel devra surtout se faire au début avec le chalazion et avec le carcinome des glandes de Meibomius.

L'adénome meibomien est une tumeur cliniquement et anatomiquement bénigne et son seul traitement consiste dans l'extirpation.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr BADAL.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 27 février 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baldauf. — Inaug. Dissert. Munich, 1870.

Bock. — *Wiener klin. Wochenschrift*, 1888, I.

Ginsberg. — Grundriss der path. Histologie des Auges, 1903.

Knapp. — Reports of the section in Opht. of Acad. of Med. of N.-Y., 1900. *Arch. of Opht.*, 1901.

Lagrange. — Traité des tumeurs de l'œil, 1904, II, et Encyclopédie française d'opht., 1906, V.

Mills. — Reports of the section in Opht. of Acad. of Med. of N.-Y., 1900. *Arch. of Opht.*, 1901.

Panas. — Traité d'opht., 1894, II.

Pause. — *Klin. Monats. für Augenheilk.*, 1904, XLIII.

Podwyssotsky. — *Westnik Ophtalmologii*, 1886.

Quénu. — *In* Duplay et Reclus, Traité de chirurgie, 1897, I.

Rumschewitsch. — *Klin. Monats. für Augenheilk.*, 1890, XXVIII.

Salzmann. — *Arch. für Augenheilk.*, 1891, XXII.

Sourdille. — *Arch. d'opht.*, 1894, XIV.

Wadsworth. — Trans. Americ. opht. Soc., 1895, in *Arch. of Opht.*, 1896.

29.639. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., 17, rue Poquelin-Molière.